

Comunicación corta

Parálisis del oblicuo inferior: peculiaridades clínicas.

A propósito de cinco casos

Oblique inferior paresis: clinical peculiarities. About five cases

Raquel Rodrigo¹, Pilar Merino^{2*}, Victor Antón¹, Pilar Gómez de Liaño¹

Sección Motilidad Ocular, Servicio de Oftalmología.

HGU Gregorio Marañón, Madrid, España

Resumen

La parálisis del músculo oblicuo inferior (POI) es la más infrecuente, y su diagnóstico puede ser difícil. Se comparan los datos de cinco pacientes con POI, adquirida (3) y congénita (2). Los cinco pacientes presentaban limitación a la supraversion en aducción, que mejoraba con la ducción correspondiente, diplopía (3), hipotropía en posición primaria de la mirada (4), intorsión (4), patrón en A (1) y tortícolis (4). Dos se intervinieron quirúrgicamente con mejoría del cuadro. La POI se debe considerar en pacientes con diplopía vertical y limitaciones de la supraversion en aducción. Los casos quirúrgicos deben ser seleccionados con cuidado.

Palabras clave: *paresia oblicuo inferior; limitación elevación en aducción, intorsión ocular, tenectomía anterior del oblicuo superior; transposición nasal oblicuo superior*

Summary

Inferior oblique muscle palsy (IOP) is an extremely infrequent condition and the diagnosis can be difficult. Data from five patients with IOP, congenital (2) and acquired (3) are compared. All five patients presented limitation of supraversion in adduction, which improved with the corresponding duction, diplopia (3), hypotropia in primary position (4), intorsion (4), A-pattern (1), and torticollis (4). Two underwent surgery with improvement of the symptoms. IOP should be taken into account as a differential diagnosis in patients with vertical diplopia and limitation of supraversion in adduction. Surgical cases should be carefully selected.

Keywords: *Inferior oblique palsy, adduction elevation limitation, intorsion, superior oblique anterior tenectomy, superior oblique nasal transposition*

¹ MD HGU. Gregorio Marañón.

² MD. PhD HGU. Gregorio Marañón.

* pilimerino@gmail.com

INTRODUCCIÓN

La parálisis del músculo oblicuo inferior (POI) es la más infrecuente de las parálisis musculares aisladas (1,3). Algunos autores incluso niegan su existencia aislada (3), sin embargo, se ha llegado a objetivar mediante resonancia magnética en varios trabajos una disminución del área del músculo OI en estos pacientes, con normalidad del resto de músculos extraoculares (4,5) Debido a su excepcionalidad, su diagnóstico llega a menudo a resultar difícil. Puede tener una causa congénita o adquirida, dentro de ésta destaca el origen traumático y vascular (1,2). Con el objetivo de mostrar sus principales características clínicas, se recogen los datos de varios pacientes con esta patología. Se suele englobar esta entidad dentro del diagnóstico diferencial de las desviaciones verticales

CASOS CLÍNICOS

Se recogió una muestra de todos los casos hallados en el servicio desde el año 2017 hasta la actualidad. Se comparan los datos de los cinco pacientes (seis ojos) así como la técnica y resultados quirúrgicos de aquellos que se operaron. Las características de estos pacientes se resumen en la tabla 1.

De los 5 pacientes, 4 fueron hombres; la media de edad fue de 35,8 años con un rango de los 5 a los 73 años, siendo la media para las formas congénitas de 7 años y 55 para las adquiridas.

Dos presentaron parálisis congénita y tres pacientes, uno de ellos de forma bilateral, parálisis adquiridas. Las causas de estas últimas fueron: la cisticercosis (parálisis bilateral), traumatismo orbitario y malformación arterio-venosa.

En tres de los casos se realizó resonancia magnética para investigar su causa.

Los cinco pacientes presentaban limitación a la supraversión en aducción, que mejoraba con la ducción correspondiente (figura 1). Aquellos con POI de causa adquirida presentaban diplopía, en todos los casos referida como vertical. En cuatro se observó hipotropía en el ojo afecto

Tabla 1: Datos clínicos y demográficos

Datos recogidos a la exploración	Número de pacientes
Hipotropía en PPM del ojo afecto	4
Limitación a la adducción en supraversión con mejoría en ducción correspondiente	5
Bielschowsky a hombro contrario	3
Torticolis cabeza hombro lado afecto	2
Torticolis cabeza hombro lado no afecto	2
Patrón en «A»	1
Intorsión	4
Hiperfunción OS ojo afecto	4
Diplopia	3
Características de la muestra	
Congénitas	2
Adquiridas	3
Bilateral	1
Hombres	4
Mujeres	1



Figura 1. Limitación a la supraversión en aducción en imagen a que mejora con la ducción en imagen B.

en posición primaria de la mirada (PPM), con una media de $-10,75$ dioptrías prismáticas, cuatro inciclotorsión, diagnosticada con test de Madox y objetivada con retinografía (figura 2). Solo en un caso se observaba patrón en «A»,



Figura 2. Retinografía que muestra inciclotorsión en ambos ojos, sobre todo en ojo derecho.

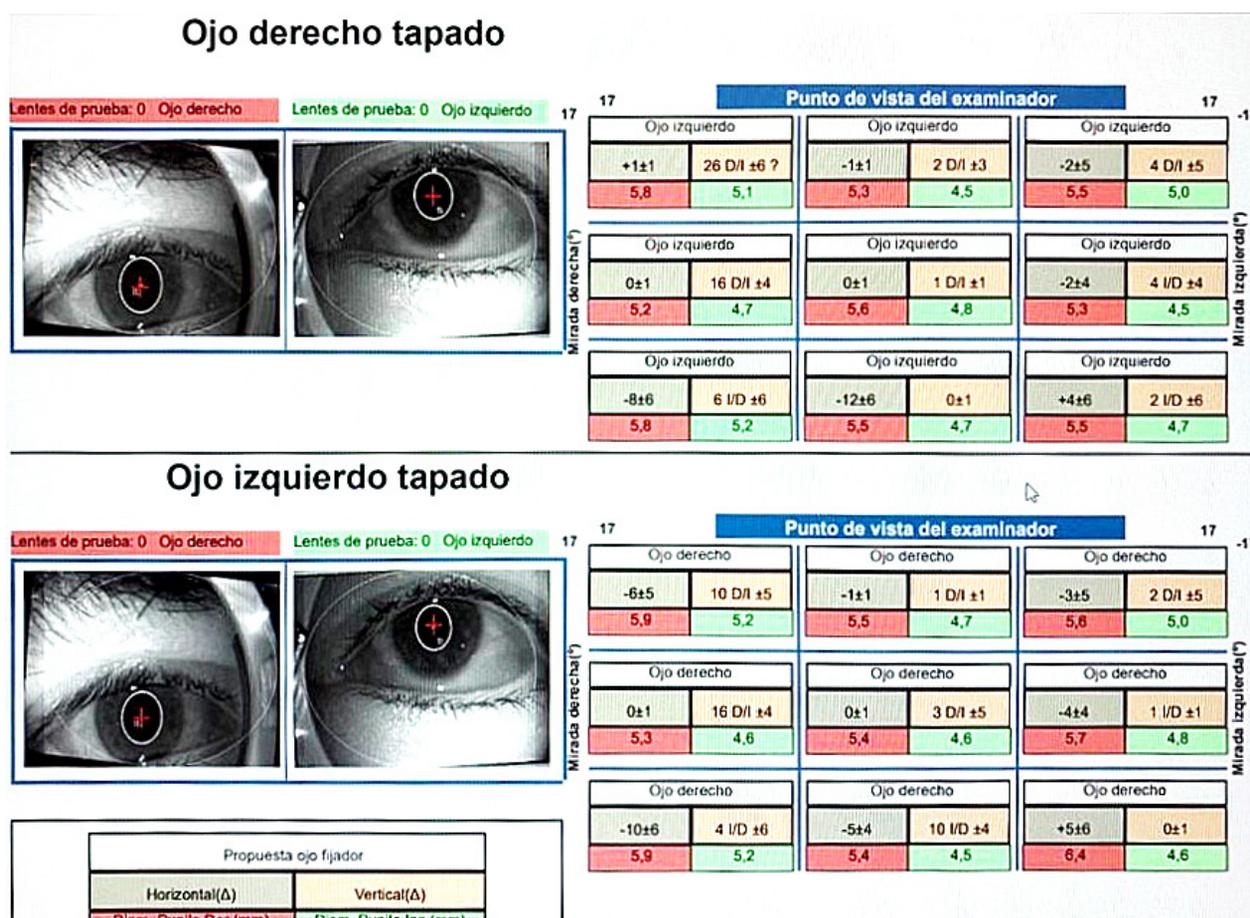


Figura 3. Gazelab de paciente con POI donde se puede deducir un patrón en A.

objetivado mediante Gazelab (figura 3). Dos casos presentaron tortícolis, siendo en un caso cabeza-hombro al lado afecto y en el otro caso al lado contrario. Por último, cuatro presentaron hiperacción secundaria del oblicuo superior (OS) del ojo afectado.

En dos pacientes (3 ojos) con diagnóstico de parálisis adquirida de oblicuo inferior se realizó cirugía. En uno de ellos se realizó tenectomía anterior del OS ipsilateral, mientras que, en otra paciente recesión del OS en ambos ojos en distintos tiempos, debido a que presentó una POI bilateral.

DISCUSIÓN

En esta muestra queda patente la infrecuencia de la POI, habiéndose a lo largo de 6 años encontrado únicamente 5 casos. El dato más constante es el hallazgo en todos los pacientes de mejoría en la exploración aislada de la ducción frente a la supravversión en aducción, que se puede considerar patognomónica de la POI y ha sido descrita también por Prieto y colaboradores y Rosembaum (2,3).

Dentro del diagnóstico diferencial cabe destacar el déficit monolateral de la elevación, la parálisis del oblicuo superior contralateral y el síndrome de Brown, el más frecuente de ellos. Algunas de las principales diferencias con el mismo son la inciclotorsión presente en mayor medida en la POI, el patrón en «A», descrita como muy frecuente, en contraposición con lo hallado en nuestra muestra (A); y la hiperacción del OS, no presentes, generalmente en el resto de las entidades mencionadas. Además, si se realiza un test de ducción forzada este es positivo en el síndrome de Brown y negativo en la POI (5,7).

La cirugía se debe indicar en los casos de diplopía, tortícolis moderado-severa, o gran desviación en PPM, teniendo cuidado con los casos en casos con visión binocular por la posibilidad de diplopía post-quirúrgica, especialmente en los casos de POI congénita. En los dos pacientes (tres ojos) intervenidos de la muestra se obtuvo mejoría mediante la cirugía (tenectomía anterior OS en un caso y recesión del OS en dos casos). Dichas técnicas han sido descritas y realizadas con resultado satisfactorio en otros estudios (1-3,8). También se ha descrito la opción de realizar una retroinserción del recto superior contralateral. La toxina botulínica tiene un escaso papel en esta entidad, debido a que principalmente, el objetivo busca-

do para la corrección de la intorsión y diplopía es el debilitamiento del OS ipsilateral, donde la toxina no se utiliza, quedando relegado su papel a correcciones postquirúrgicas (2,3).

En uno de nuestros casos, la mera observación fue suficiente ya que se obtuvo una mejoría espontánea sin necesidad de tratamiento. En los casos congénitos nuestra actitud ha sido conservadora por la existencia de visión binocular y la levedad del cuadro clínico asociado.

En conclusión, la paresia del oblicuo inferior debe ser tenida en cuenta a la hora de diagnosticar posiciones anómalas de la cabeza, y pequeñas desviaciones verticales.

REFERENCIAS

1. Wu XF, Yan JH. Diagnosis and surgical management of isolated inferior oblique palsy. *Int J Ophthalmol.* 2020 Feb; 13(2): 349-355
2. Prieto-Díaz J, Souza-Días C. *Estrabismo*. 5th. Buenos aires: Ediciones Científicas Argentinas; 2005
3. Rosenbaum, Arthur L., and Alvin Pauline Santiago. *Clinical strabismus management: principles and surgical techniques*. Philadelphia: David Hunter; 1999
4. Nadeem S. Isolated inferior oblique pareses. *Int Ophthalmol.* 2022 Oct; 42(10): 3165-3181
5. Ela-Dalman N, Velez FG, Demer JL et al. High-resolution magnetic resonance imaging demonstrates reduced inferior oblique muscle size in isolated inferior oblique palsy. *J AAPOS.* 2008; 12: 602-607
6. Khan, A.O. et al. 2021-2022. Basic and clinical science course, section 6: pediatric ophthalmology and strabismus. San Francisco: American Academy of Ophthalmology; 2022
7. Donahue SP, Lavin PJ, Mohny B, Hamed L. Skew deviation and inferior oblique palsy. *Am J Ophthalmol.* 2001 Nov; 132(5): 751-6
8. Fard MA, Ameri A, Anvari F, Jafari AK, Yazdian Z. Adjustable superior oblique tendon spacer with application of nonabsorbable suture for treatment of isolated inferior oblique paresis. *Eur J Ophthalmol.* 2010 Jul-Aug; 20(4): 659-6